



Article Original

La Thyroïdectomie au Service d'Oto-Rhino-Laryngologie de l'Hôpital Général de Référence de Niamey : Indications, Techniques et Résultats

Thyroidectomy in the ENT department of the General Reference Hospital of Niamey: indications, procedures and outcome

Djafarou AB¹, Boubacar M², Djangnikpo ML², Soumaïla AI¹, Bacharou AH¹, Salha I¹

1: Service ORL-CCF de l'Hôpital Général de Référence de Niamey

2: Service ORL-CCF de l'Hôpital National de Niamey

Auteur correspondant : Dr Djafarou Abarchi Boubé, Assistant à la FSS, Université Abdou Moumouni de Niamey. BP : 10896, Niamey-Niger. Email : djafarou82@live.fr; Tel : 0022790552319

Mots clés : Thyroïdectomie, goitre multinodulaire, complications, Niamey.

Keywords : Thyroidectomy, multinodular goiter, complications, Niamey.

RÉSUMÉ

Introduction. L'objectif de ce travail était de décrire les aspects épidémiologiques, les indications, la technique et les suites opératoires de la chirurgie thyroïdienne à la lumière des trois premières années d'expérience du service d'Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale de l'Hôpital Général de Référence de Niamey. **Patients et méthodes.** Il s'agit d'une étude prospective allant du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2021 (3 ans) portant sur les thyroïdectomies réalisées dans le service. Les données épidémiologiques, les indications, la technique et les résultats opératoires ont été étudiés. **Résultats.** 53 thyroïdectomies ont été réalisées, soit une fréquence de 17,67 cas par an. On notait 48 femmes et 5 hommes. L'âge moyen était de 42,85 ans. Les indications opératoires étaient dominées par le goitre multinodulaire (52,83%) et le nodule thyroïdien (37,73%). La cervicotomie type Kocher a été pratiquée dans 96,23%. La technique chirurgicale la plus réalisée était la thyroïdectomie totale (32 cas ; 60,38%). Un total de 83 nerfs récurrents ont été exposés avec un rapport retro-vasculaire dans 52,44% des cas. La morbidité post-opératoire était de 9,43% (n=5). Ces complications étaient à type d'hypocalcémie transitoire (3 cas), de paralysie récurrentielle unilatérale définitive (1 cas) et d'hématome compressif (un cas). Les résultats de l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire ont montré qu'il s'agissait d'une pathologie bénigne dans la majorité des cas (91,67%). **Conclusion.** La chirurgie thyroïdienne est de réalisation courante dans notre service. Les indications, les techniques et les complications restent classiques.

ABSTRACT

Introduction. The objective of this study was to describe the epidemiological aspects, the indications, the techniques and the post-operative follow-up of thyroid surgery in the light of the first three years of experience of the department of ENT and cervicofacial surgery of the General Reference Hospital of Niamey. **Patients and methods.** This was a prospective study from January 1, 2019 to December 31, 2021 (3 years) on thyroidectomies performed in the ENT and cervicofacial surgery department of the Niamey General Reference Hospital. Sociodemographic data, indications, surgical management and outcome were studied. **Results.** 53 thyroidectomies were performed, representing a frequency of 17.67 cases per year. There were 48 women and 5 men. The average age was 42.85 years. Indications for surgery were mainly multinodular goiter (52.83%) and thyroid nodule (37.73%). Kocher type cervicotomy was performed in 96.23% of cases. The most frequently surgical procedure was total thyroidectomy (32 cases; 60.38%). A total of 83 recurrent nerves were exposed showing a retrovascular relationship in 52.44% of cases. Postoperative morbidity rate was 9.43% (n=5). The main complications were transient hypocalcemia (3 cases), definitive unilateral recurrent paralysis (1 case) and compressive hematoma (1 case). Histological examination of the surgical specimen showed a benign disease in 91.67% of cases. All cancers were papillary carcinomas. **Conclusion.** Thyroid surgery is routinely performed in our service. The indications, techniques and complications remain classic.

INTRODUCTION

La thyroïdectomie est l'exérèse chirurgicale, partielle ou totale, de la glande thyroïde. Ses indications vont

principalement du simple nodule, aux goitres nodulaires ou non, avec ou sans répercussions endocriniennes, en passant par les cancers thyroïdiens et les goitres

plongeants ou compressifs [1]. Bien que de pratique courante en chirurgie cervicale, elle n'est pas dénuée de risques et de complications principalement nerveuses (paralysie récurrentielle), vasculaires (hématome compressif) et endocriniennes (hypoparathyroïdie).

L'objectif de ce travail était de rapporter l'expérience des trois premières années du service d'Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale de l'Hôpital Général de Référence de Niamey, dans la chirurgie thyroïdienne, en décrivant les aspects épidémiologiques, les indications, la technique et les suites opératoires.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'est agi d'une étude prospective réalisée au service d'Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale de l'Hôpital Général de Référence de Niamey sur une période de trois (03) ans, allant de Janvier 2019 à Décembre 2021. L'étude a concerné tous les patients, ayant bénéficié d'une thyroïdectomie. Seuls les patients admis en euthyroïdie ont été opérés.

Avant la programmation, les patients étaient informés de la nécessité de l'intervention chirurgicale et des principaux risques encourus, permettant ainsi d'obtenir un consentement éclairé. Les paramètres étudiés étaient les aspects épidémiologiques (fréquence, sexe et âge) et thérapeutiques (indications opératoires, types de thyroïdectomie, les suites opératoires et le résultat histologique de la pièce opératoire).

RÉSULTATS

Aspects épidémiologiques

Au total, 53 thyroïdectomies ont été réalisées en 3 ans soit une fréquence de 17,67 cas par an. Ces thyroïdectomies ont représenté 12,38% (53/428) de l'ensemble des interventions chirurgicales du service ORL durant la même période. Notre série comprenait 48 femmes (90,57%) et 5 hommes (9,43%) soit un sex-ratio de 0,10. L'âge moyen de nos patients était de 42,85 ans avec des extrêmes de 16 et 72 ans. La tranche d'âge de 36 à 45 ans était la plus représentée avec 39,62% (n = 21). Il faut noter qu'il n'y avait aucun enfant dans notre série.

Indications et type de thyroïdectomie

L'indication opératoire (**tableau I**) était majoritairement posée devant un goitre multinodulaire (52,83% des cas, N=28), suivi du nodule thyroïdien et de la maladie de Basedow dans respectivement 37,73% (n=20) et 5,66% (n=3) des cas. Tous les malades ont été opérés sous anesthésie générale avec intubation orotrachéale. L'abord chirurgical s'est fait par voie de cervicotomie horizontale basse, type Kocher dans 96,23% des cas (n=51) et l'incision bimastoidienne en « U » a été utilisée dans 3,77% des cas (n=2). Cet abord a permis de pratiquer une thyroïdectomie totale dans 60,38% des cas (n=32), une loboisthmectomie dans 33,96 % des cas (n=18), une lobectomie dans 3,77% des cas (n=2) et une isthmectomie dans 1,89% des cas (n=1).



Tableau I : geste chirurgical en fonction de l'indication

Gestes	Indications	N	%
Thyroïdectomie totale	Goitre multinodulaire	28	60,38%
	Maladie de Basedow	3	
	Nodule suspecté de malignité	1	
Lobo-isthmectomie	Nodule thyroïdien	17	33,96
Lobectomie	Cancer du larynx	1	
	Récidive	1	3,77
Isthmectomie	Totalisation	1	
	Nodule isthmique	1	1,89
	Total	53	100,00

Au cours de ces thyroïdectomies, la dissection du nerf récurrent était systématique. Cette dissection a permis de visualiser tous les nerfs, sauf dans les cas de la laryngectomie et de l'isthmectomie, et de préciser ses rapports avec l'artère thyroïdienne inférieure. Nous avons exposé 83 nerfs récurrents au total, avec une position majoritairement rétro-vasculaire par rapport à l'artère thyroïdienne inférieure (52,44%).

Un curage ganglionnaire fonctionnel (n=1) et médiastino-récurrentiel (n=1) était réalisé. Le drainage de la loge thyroïdienne, après chirurgie, était systématique chez tous nos patients.

Suites opératoires

Les suites opératoires étaient simples chez 48 patients (90,57%). Les complications notées dans 5 cas (9,43%) étaient à type d'hypocalcémie transitoire chez 3 patients (5,66%), de paralysie récurrentielle unilatérale définitive dans 1cas (1,89%) et d'un hématome compressif de la loge, repris au bloc opératoire à J1, dans 1 cas (1,89%). Aucun cas de décès n'a été enregistré dans notre série. La durée moyenne d'hospitalisation était de 2,16jours (1 à 12 jours)

Données anatomopathologiques

Seuls 36 résultats d'examen anatomopathologique nous sont parvenus, soit 67,92% des cas. La pathologie bénigne était majoritaire (91,67%). Les 3 cas de tumeur maligne étaient tous des carcinomes papillaires (8,33%).

DISCUSSION

Nous avons réalisé 53 thyroïdectomies en 3 ans, soit une fréquence de 17,67 cas/an. Cette fréquence de réalisation reste inférieure à celle de Baldé D [2] au Sénégal avec 51,4 cas/an. Elle est également inférieure aux 39,33 cas/an retrouvés par Illé S [3] au Niger, dans un autre hôpital de la même ville. Cette faible prévalence observée dans notre série pourrait s'expliquer par deux facteurs essentiels : le fait que notre hôpital est une nouvelle structure située à la périphérie de la ville de Niamey dont la population n'a pas encore pris l'habitude de la fréquentation ; le deuxième facteur étant la pandémie Covid-19 qui a imposé un ralentissement de toutes les activités chirurgicales durant la période.

La pathologie thyroïdienne est caractérisée par une prédominance féminine. Nos résultats (90,57% de femmes) viennent conforter ce constat fait par la plupart des auteurs [3-7].

Elle est également l'apanage de l'adulte jeune, en atteste la moyenne d'âge de notre série (42,85ans) [3-7].

La prédominance des goitres multinodulaires dans nos indications s'accorde avec les données de la littérature africaine. En effet, le goitre multinodulaire était rapporté au Niger par Illé S [3], Lèye A [6] au Sénégal et Vodouhé UB [4] au Bénin avec respectivement 43,22%, 53,4% et 51,32%. Par contre, Baldé D [2] signalait une prédominance de la maladie de Basedow dans ses indications opératoires.

La voie classique de l'abord chirurgical reste la cervicotomie type Kocher [3,4,9]. Nous l'avons utilisée chez 96,23% des cas (n=51) et lorsqu'un curage jugulo-carotidien était prévu, nous réalisons d'emblée une incision bimastoidienne.

Les modalités chirurgicales dépendent naturellement des indications opératoires. La thyroïdectomie totale, réalisée dans 60,38% des cas (n=32), avait notre préférence devant tout goitre multinodulaire, une maladie de Basedow ou un nodule suspect de malignité à la cytologie. Cette attitude est également retrouvée dans la plupart des écrits récents [2-6]. Cette technique offre l'avantage d'un traitement radical et définitif du goitre, sans risque de récurrence. L'attitude « maximaliste » que nous adoptons face au nodule suspect se justifie par la non disponibilité de l'examen extemporané. La thyroïdectomie subtotale expose au risque de récidives et impose un suivi rigoureux. Ce suivi est malheureusement très difficile à réaliser dans notre pratique (il n'est pas rare que des patients nous viennent de régions éloignées). Ceci nous amène à opter pour la thyroïdectomie totale. De plus, dans des mains expérimentées, les taux de complications des thyroïdectomies totales et subtotaux sont parfaitement superposables [10]. Cependant, Dieng M [9] privilégiait la thyroïdectomie subtotale aussi bien pour les goitres nodulaires que pour la maladie de Basedow.

La chirurgie thyroïdienne présente trois types majeurs de complications post opératoires. Ces trois risques spécifiques sont liés à la proximité immédiate des glandes parathyroïdes et des nerfs récurrents, et à la vascularisation de la région. Dans notre étude, les suites opératoires étaient simples dans 90,57% des cas. La morbidité était de 9,43%, constituée par 3 cas d'hypocalcémie transitoire, 1 cas de paralysie récurrentielle unilatérale définitive et 1 cas d'hématome compressif. Les cas d'hypocalcémie ont représenté 5,66% des thyroïdectomies. Ce constat est également fait par Illé S [3] avec 1,27%, Odzili [10] 5% et Conessa [11] 3%. La prévention de l'hypocalcémie, en per opératoire, passe par la recherche systématique des glandes parathyroïdes avec visualisation d'au moins d'eux d'entre elles et préservation soigneuse de leur vascularisation [11]. Nous pratiquons une recherche systématique avec préservation des glandes parathyroïdes exposées au cours de nos thyroïdectomies. La lésion du nerf récurrent constitue la principale source de morbidité après thyroïdectomie. Dans notre série, la paralysie récurrentielle représentait 1,89% des thyroïdectomies (n=1). Ce taux ne diffère pas de celui des auteurs tels que Baldé [2] et Odzili [10] avec respectivement 1,94% et 2%. La prévention de cette complication passe par une identification systématique du nerf récurrent en per opératoire, aidée parfois du monitoring [12].

Notre attitude, en l'absence du monitoring, reste la détection visuelle du nerf récurrent qui est suivi jusqu'à sa pénétration dans le larynx.

L'incidence de l'hématome compressif varie selon les auteurs [3,10,11]. Cette complication, pouvant mettre en jeu le pronostic vital, le plus souvent secondaire à une mauvaise ligature du pédicule thyroïdien, impose une décompression en urgence [11]. Dans notre série, le seul cas d'hématome compressif retrouvé représentait 1,89% de l'ensemble des thyroïdectomies. Ce constat est partagé par Illé S [3] au Niger (0,84%), Vodouhé [4] au Bénin (1,31%) et Odzili [10] au Congo (2%). Sa prévention passe par un contrôle rigoureux de l'hémostase en per opératoire et une manœuvre de valsalva réalisée par l'équipe anesthésique [8]. Pour éviter cet hématome, nous réalisons généralement une double ligature du pédicule thyroïdien supérieur dans notre pratique quotidienne.

L'étude histologique des pièces opératoires revenait essentiellement en faveur d'une tumeur bénigne (91,67%). Les trois (3) cas de lésion maligne étaient tous des carcinomes papillaires. Cette prédominance de pathologie bénigne est rapportée par plusieurs auteurs [2,3,8,9].

CONCLUSION

Au service d'ORL de L'Hôpital Général de Référence de Niamey, la chirurgie thyroïdienne est courante. La majorité des patients sont des sujets jeunes avec une forte prédominance du sexe féminin. L'indication opératoire est généralement posée devant un goitre multinodulaire et la thyroïdectomie totale reste la technique chirurgicale la plus réalisée. Les suites opératoires étaient simples en majorité. Au plan histologique, la pathologie bénigne est prédominante et les cancers uniquement faits de carcinomes papillaires.

REFERENCES

1. Chigot J. La thyroïde et les goitres à travers les âges. *Hist. Sci. Med* 2008;42(4):293-402.
2. Baldé D, Alexis DZ, Ciré N, Wassi A, Bernadette VY. Chirurgie Thyroïdienne en Milieu Rural Sénégalais : Bilan de 60 Mois. *Health Sci. Dis* 2020;22(4):30-4.
3. Illé S, James Didier L, Saidou A, Timi N, Sani R. Résultats de 5 ans de thyroïdectomie au service d'ORL et CCF de l'Hôpital National de Niamey au Niger. *European Scientific Journal* 2017;13(21):1-9.
4. Vodouhé UB, Avakoudjo F, Njifou Njimah A, Lawson Afouda AS, Do Santos AZ, Guezo D et al. La Thyroïdectomie au CHU de Zone de Suru-Lere (Benin) *Health Sci. Dis* 2020;21(2):1-5.
5. Keïta A, Diallo AO, Fofana M, Diallo MMR, Diallo I, Keïta M et al. Thyroidectomy And Review of Litterature : about 60 cases at DONKA. National Hospital. *International Journal of Development Research* 2018;08(03):19602-6.
6. Lèye A, Ndiaye N, Léye YM, Diack ND, Ndour MA, Fall BA et al. Les thyroïdectomies au centre hospitalier national de Pikine-Dakar (CHNP) : indications et résultats chez 417 patients. *RAFMI* 2016 ;3(1) :36-40.
7. Malaise J, Mourad M. La chirurgie thyroïdienne : expérience européenne indications et tactiques chirurgicales à l'université catholique de Louvain. *Louvain Med* 2000;119:305-13.

8. Lebuffe G, Andrieu G, Jany T, Carnaille B, Vallet B. Anesthésie-réanimation dans la chirurgie de la glande thyroïde. *EMC, Anesthésie-Réanimation* 2007;36:590-610.
9. Dieng M, Cissé M, Ndour MD, Konaté I, Touré AO, Ka O et al. Indications et résultats des thyroïdectomies réalisées au sein d'un service de chirurgie générale. A propos de 402 patients. *Rev. Afr. Chir. Spéc* 2010;4(9):5-10.
10. Odzili IFA, Guimbi MKC, GF Otiobanda, F Bissiko, G Ondzotto. Les complications de la chirurgie thyroïdienne au CHu de Brazaville : À propos de 87 cas. *Revue Africaine de Chirurgie et spécialités* 2014 ;7(1) :19-23.
11. Conessa CL, Cissoko B, Faye B. Les complications de la chirurgie thyroïdienne à l'hôpital principal de Dakar, à propos de 155 interventions. *Med Afr Noire* 2000;47:1-3.
12. Trésalet C, Chifot JP, Menegaux F. Comment prévenir la morbidité récurrentielle en chirurgie thyroïdienne. *Ann Chir* 2006;131:149-53